DU

PROLAPSUS RECTAL

N° 68

CHEZ L'ENFANT

SA GUÉRISON PAR LE TRAITEMENT MÉDICAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Juillet 1901

PAR

M. GUICHOU

Né à Torreilles (Pyrénées-Orientales), le 30 juillet 1876

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

MONTPELLIER

G. FIRMIN ET MONTANE, IMPRIMEURS DE L'UNIVERSITÉ

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
FORGUE . . . . Assesseur

Professeurs

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✻)
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Puech.	
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	IMBERT L., agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE, RAUZIER, LAPEYRE, MOITESSIER, de ROUVILLE

MM. PUECH, VALLOIS, MOURET, GALAVIELLE

MM. RAYMOND, VIRES, IMBERT, BERTIN-SANS

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. BAUMEL, *président.*
SARDA *professeur.*
BROUSSE, *agrégé.*
MOITESSIER, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES PARENTS

Faible témoignage de mon éternelle reconnaissance.
et de mon amour profond.

MEIS ET AMICIS

GUICHOU

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546810_0139

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BAUMEL

GUICHOU.

INTRODUCTION

Des études nombreuses et complètes ont été faites sur le prolapsus du rectum ; il serait donc téméraire de vouloir jeter un jour nouveau sur cette question. Mais si la marche de l'affection, si l'étude clinique en a été faite, si le manuel opératoire des interventions propres à chaque cas a été longuement exposé, il est une partie de la question qui a été, je ne dirai pas laissée complètement de côté, mais négligée au moins : je veux parler du traitement médical du prolapsus du rectum. Ce qu'il faut montrer aujourd'hui, c'est que chez l'enfant, le traitement médical est capable à lui seul d'amener la guérison de la plupart de ces prolapsus, étant donnée la pathogénie de ces prolapsus. Le traitement médical serait donc un traitement pathogénique. La pathogénie du prolapsus du rectum chez l'enfant nous amènera à exposer le traitement médical.

Laissant donc de côté toutes les questions de symptomatologie et d'anatomie pathologique, nous nous occuperons de la pathogénie du prolapsus du rectum et du traitement pathogénique de cette affection.

Avant cependant d'aborder un pareil sujet, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements les plus sincères à tous les Maîtres de la Faculté, qui ont su nous guider dans le courant de nos études médicales. Au moment où une phase nouvelle va s'ouvrir pour nous, il est de notre devoir de leur exprimer la plus vive reconnaissance.

Nous ne pourrions en tête de ce travail oublier M. le professeur Baumel, qui a bien voulu, après nous en avoir suggéré l'idée, en accepter la présidence : c'est M. le professeur Baumel, en effet, qui a su reconnaître toute l'importance qu'il fallait attribuer au traitement médical du prolapsus rectal : un jeune malade était entré dans un service chirurgical pour subir une opération pour prolapsus du rectum. Comme ce malade était en même temps atteint de toux et de diarrhée, on l'envoya dans le service de M. le professeur Baumel pour le guérir de ces deux affections. Le malade, guéri de la toux et de la diarrhée, fut aussi guéri de son prolapsus. M. le professeur Baumel a eu le mérite de voir le rapport de cause à effet et d'instituer, pour le prolapsus rectal chez l'enfant, un traitement médical capable d'enrayer cette affection.

DU

PROLAPSUS RECTAL

CHEZ L'ENFANT

SA GUÉRISON PAR LE TRAITEMENT MÉDICAL

I

DÉFINITION DU PROLAPSUS

Avant d'entrer dans le cœur même de notre sujet, il est nécessaire de définir le prolapsus du rectum. Qu'entend-on par prolapsus rectal ? C'est l'issue par l'anus d'une partie plus ou moins étendue de l'intestin. Selon que la muqueuse seule ou que toutes les tuniques du rectum s'invaginent, on a le prolapsus partiel muqueux, ou bien le prolapsus complet du rectum.

La première de ces formes est la plus bénigne. Elle est physiologique chez le cheval lorsque celui-ci accomplit l'acte de la défécation. C'est elle que l'on

rencontre ordinairement chez l'enfant. Elle est généralement réductible. La deuxième forme, comprenant toutes les tuniques de l'intestin, se subdivise en prolapsus rectal proprement dit et prolapsus recto-colique. Dans le prolapsus rectal proprement dit, le rectum seul est invaginé ; dans le prolapsus recto-colique le rectum et le côlon peuvent être tous les deux invaginés.

C'est dans cette dernière forme que l'on trouve ou plutôt que l'on peut trouver un prolongement péritonéal. Le péritoine, le mésocôlon a suivi l'organe qu'il entoure dans sa descente. On y trouve parfois des hernies de l'intestin, on y a même signalé une hernie de l'ovaire. Cette forme, dans laquelle toutes les tuniques du rectum font issue, est souvent irréductible. Elle est rare chez l'enfant. La réductibilité et la non-réductibilité ont une grande importance au point de vue thérapeutique.

II

PATHOGÉNIE DU PROLAPSUS

CONDITIONS ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Ces préliminaires posés, nous pouvons aborder la pathogénie du prolapsus rectal. A un point de vue tout à fait général, elle peut se résumer en quelques mots : il y a, quand on se trouve en présence d'un prolapsus du rectum, disproportion entre la solidité des moyens de fixité du rectum et l'importance des efforts subis par cet intestin ; dès que l'équilibre est rompu le prolapsus se produit.

Certaines conditions physiologiques et anatomiques normales sont capables à elles seules de créer cette disproportion. D'abord le rectum à une tendance naturelle à sortir au dehors : il subit une poussée considérable dans l'acte de défécation, poussée qui varie selon la fréquence et l'intensité de la défécation.

Anatomiquement il est soutenu en bas par le plancher périnéal qu'il perfore au niveau de l'anus, en haut par le méso-rectum qui le soutient.

D'autre part, il faut envisager en particulier la

fixité de la muqueuse sous la musculeuse sous-jacente ; elle est plus ou moins grande selon que le tissu conjonctif interposé est plus ou moins lâche ; il y a certainement une grande différence, physiologiquement, entre l'enfant et le cheval ; néanmoins nous savons que chez l'enfant, le tissu conjonctif est assez lâche et que la muqueuse peut jusqu'à un certain point glisser sur la musculeuse : ce qui favorise dans une certaine mesure le prolapsus ;de même le plancher périnéal et le mésorectum n'ont pas la solidité que l'on rencontre chez l'adulte bien constitué.

A ces conditions anatomiques et physiologiques normales, nous devons ajouter la faiblesse des sphincters de l'anus. Cette faiblesse sphinctérienne, ce relâchement sphinctérien, a été fort bien remarqué par Duchaussoy; il n'a pas été admis par tous les auteurs : Comby en particulier, auteur d'un traité sur les maladies de l'enfance, ne considère pas ce relâchement sphinctérien comme normal chez l'enfant. Alors que Duchaussoy faisait de ce relâchement sphinctérien quelque chose de parfaitement distinct, Comby admet que cette faiblesse sphinctérienne n'est qu'un mode de la faiblesse générale dont est atteint l'enfant porteur de prolapsus rectal. Duchaussoy considère cette faiblesse sphinctérienne comme quelque chose de particulier à l'enfant normal ; Comby, au contraire, incrimine un état général mauvais.

A ces conditions anatomiques et physiologiques, nous devons ajouter une particularité signalée par Giraldès : le sacrum, chez l'enfant, est rectiligne et le rectum relativement considérable. Chez l'adulte,

l'effort subi par le rectum s'épuise dans la concavité sacro-coccygienne ; chez l'enfant, cette concavité n'existe pas ; tout l'effort porte sur le rectum, qui est relativement plus considérable que chez l'adulte, et le prolapsus rectal se trouve favorisé.

III

AFFECTIONS RESPIRATOIRES

Telles sont les conditions anatomiques et physiologiques capables de prédisposer au prolapsus chez l'enfant. Indépendamment de ces conditions normales, pourrait-on dire, il y en a d'autres anormales, pathologiques, qui créent de toutes pièces le prolapsus rectal chez l'enfant dans ses diverses modalités. Ce ne sont pas les moins importantes.

Il faut tout d'abord incriminer toute affection respiratoire, toute affection, en un mot, capable de provoquer la toux. La toux peut favoriser, en effet, la production du prolapsus rectal. Qu'est-ce que la toux ? C'est un acte réflexe caractérisé, entre autres phénomènes, par une expiration brusque et bruyante : pour que cette expiration puisse se produire, le diaphragme, qui était abaissé, remonte brusquement ; un vide se fait dans la cavité abdominale et dès lors, les muscles abdominaux, pour combler ce vide non moins brusque que l'expiration, pressent sur les organes abdominaux ; cette pression se transmet aux organes pelviens ; les organes abdo-

minaux, l'intestin dans la majorité des cas, tendent à faire issue du côté de l'anneau ombilical et de l'anneau inguinal, les organes pelviens du côté de l'anus. Dans le premier cas, ce sont surtout les hernies ombilicales et inguinales qui se produisent ; dans le second cas, ce sont les prolapsus.

Mais, dira-t-on, pourquoi les hernies, — et ici il s'agit généralement des hernies ombilicales — sont-elles beaucoup plus communes que le prolapsus du rectum, affection relativement rare ? C'est que, malgré les conditions anatomiques et physiologiques signalées plus haut (rectitude du sacrum, grosseur relative du rectum, faiblesse sphinctérienne, laxité du tissu sous-muqueux) qui prédisposent au prolapsus chez l'enfant, le plancher pelvien n'en constitue pas moins une barrière plus solide que la paroi abdominale et, d'ailleurs, les anneaux ombilicaux et inguinaux ne sont souvent pas bien constitués chez les enfants.

Nous avons donc vu par quel mécanisme la toux peut être la cause des prolapsus. Mais de quelle toux s'agit-il ? Nous voulons parler de la toux quinteuse, spasmodique, fréquente, que l'on rencontre souvent dans la coqueluche et l adénopathie trachéo-bronchique.

Cette notion étiologique, à savoir que la toux peut provoquer les prolapsus, ne pouvait être négligée, étant donné la fréquence de la toux chez l'enfant.

IV

RACHITISME

Une autre notion étiologique non moins importante ne saurait nous échapper. Nous voulons parler de cette maladie de l'enfance caractérisée par une nutrition et une évolution vicieuse des tissus qui concourent à l'ossification : c'est du rachitisme qu'il s'agit.

Dans cette maladie, les lésions portent aussi sur le tube digestif. Tout le monde connaît le développement considérable que présente le ventre de la plupart des rachitiques. Chez eux, le gros ventre est habituel, du moins à la première période de l'évolution de cette maladie. Ce gros ventre n'est pas dû à la déformation de la cage thoracique ni au refoulement du diaphragme, pas plus qu'à l'hypertrophie des ganglions du mésentère, du foie ou de la rate hépato et splénomégalée. Il est dû, pour une grande part, à la dilatation de l'estomac et de l'intestin. Les rachitiques, en effet, par le fait d'habitudes vicieuses que l'entourage leur donne, surchargent constamment leur estomac ; l'organe, par surcroît de travail,

se fatigue : il devient atonique, puis dilaté ; l'intestin se dilate aussi selon les uns, s'allonge selon les autres. La pression augmente dans l'abdomen, les muscles abdominaux se fatiguent ; il en résulte un relâchement de la sangle abdominale, une véritable éventration, et, par suite, production facile de hernies et de prolapsus rectaux. D'ailleurs, indépendamment de ce gros ventre qui facilite la production de prolapsus rectaux, Duchaussoy n'admet-il pas que c'est surtout chez les rachitiques à parois flasques, à fibres molles, que l'on observe la production de prolapsus rectaux, par suite du relâchement sphinctérien qui se rencontre si souvent chez les rachitiques ?

V

TROUBLES DIGESTIFS

Certes, les affections que nous venons de voir rentrent, pour une part importante, dans la pathogénie des prolapsus rectaux ; il est cependant un groupe d'affections qui occupent la plus grande place dans cette pathogénie : nous voulons parler des troubles digestifs. Ces troubles digestifs, si fréquents dans le jeune âge, ne sauraient en aucune façon être laissés de côté. Qu'il s'agisse de constipation ou de diarrhée, la conséquence fâcheuse peut être la production de prolapsus rectaux.

La constipation est caractérisée par la rareté des évacuations et par la consistance plus dure des matières fécales. Chez le nourrisson, plusieurs causes peuvent la produire : l'allaitement artificiel mal pratiqué, l'ingestion précoce de substances amylacées, en dernier lieu, une prédisposition congénitale : on sait, en effet, que l'S iliaque chez certains nourrissons produit beaucoup d'inflexions, que le colon est, chez eux, très dilaté, disposition anatomique qui favorise la constipation. Dans la moyenne et la grande

enfance, on peut retrouver cette prédisposition congénitale qui existait déjà chez le nourrisson ; le régime peut être trop exclusivement animal ou trop exclusivement amylacé ; l'enfant peut manquer de végétaux verts alors qu'il abuse des épices et des condiments ; les circonstances le condamnent souvent à une vie sédentaire, où l'exercice physique manque, où le travail intellectuel est précoce et souvent exagéré. Cette vie sédentaire l'empêche d'aller à la selle au moment voulu, de là irrégularité des selles et prédisposition à la constipation. Dans tout cet ensemble de circonstances, le sujet atteint de constipation est obligé de faire des efforts considérables au moment où il veut expulser le contenu de son intestin : le bol fécal, en effet, trop concret, non entouré de mucus, ne peut, en aucune façon, glisser sur la muqueuse rectale. Ne pouvant glisser sur elle et l'effort s'exagérant de plus en plus, le bol fécal pousse cette muqueuse rectale au devant de lui ; celle-ci fait souvent issue au dehors de l'anus : le prolapsus rectal est dès lors constitué. Ajoutons à cela que chez les sujets non traités, la constipation tend à s'exagérer, que l'intestin chez eux devient de plus en plus atonique, et nous verrons que cette notion étiologique ne devait pas être négligée.

La constipation, avons-nous dit, peut provoquer le prolapsus rectal. De même la diarrhée, la gastro-entérite. Mais par quel mécanisme la diarrhée peut-elle provoquer cette affection ? C'est par l'étude des lésions que nous pourrons arriver à le comprendre. Quelles sont les lésions observées dans la gastro-

entérite chronique? Elles portent sur la longueur de l'intestin : chez le sujet normal à la naissance, l'intestin grêle a cinq fois la longueur de la taille du sujet ; le gros intestin a la longueur de la taille du sujet ; puis, ce rapport augmente de telle sorte que, chez le nourrisson, l'intestin grêle est de six fois la taille ; le gros intestin a quelques centimètres de plus que la longueur de la taille ; bien plus, si le nourrisson est atteint de gastro-entérite, cette longeur augmente et arrive à égaler neuf et douze fois la longueur de la taille ; dès que l'affection gastro-intestinale s'exagère, s'invétère, l'allongement de l'intestin s'accroît; de là, production de gros ventre à parois flasques et molles, de telle sorte que les hernies ombilicales et les prolapsus rectaux peuvent s'effectuer très facilement.

Il y a aussi une certaine importance à noter les lésions histologiques que présente l'intestin dans la gastro-entérite ; la muqueuse est pâle et boursoufflée; les replis sont plus volumineux qu'à l'état normal; les cellules glandulaires sont altérées comme dans toute infection ; les follicules lymphatiques sont augmentés de volume. En outre, et c'est un fait très important à noter, la musculaire muqueuse est beaucoup plus large qu'à l'état normal ; la musculaire muqueuse étant beaucoup plus large que la musculeuse sous-jacente, ces deux tuniques ne peuvent rester accolées, et, partant, la musculaire muqueuse, la muqueuse de l'intestin, est plus lâche qu'à l'état normal. Donc, boursoufflement de la muqueuse, laxité de la muqueuse sur la musculeuse, n'y a-t-il

pas là deux facteurs suffisants pour produire chez l'enfant les prolapsus du rectum ?

Chez les enfants, en effet, atteints de gastro-entérite, de même que chez ceux atteints de constipation, où le besoin d'aller à la selle est fréquent chez les premiers, rare chez les seconds, mais difficile à exécuter, les personnes chargées de leur entretien les laissent accroupis sur le vase pendant un temps souvent trop long. Cette position, à elle seule, suffit pour produire le prolapsus rectal. A plus forte raison si le sujet est porteur des lésions que nous avons signalées plus haut.

Le moindre effort fait par l'être le plus chétif suffit pour donner issue à cette muqueuse rectale, tuméfiée et lâche, qui ne demande qu'à sortir. Or, nous savons que rien n'est plus fréquent chez le nourrisson que la gastro-entérite. La diarrhée verte, qui n'est qu'une forme de la gastro-entérite, se rencontre à tout instant chez le nourrisson et chez l'enfant de la seconde enfance. Les saisons influent sur le nourrisson ; l'été, par exemple, peut amener des troubles digestifs. Si la nourrice se trouve dans un certain état physiologique ou pathologique, ainsi, qu'elle ait absorbé trop de vin, trop d'alcool, qu'elle soit dans sa période menstruelle ou qu'elle ait quelque manifestation arthritique, si cette nourrice se trouve, à un moment donné, remplacée par une autre nourrice, cela suffit pour créer chez le nourrisson une gastro-entérite à forme diarrhéique. Ajoutons à cela que l'enfant est souvent nourri avec du lait de vache non stérilisé, qui, souvent, a subi de nombreuses

fermentations, lactique, butyrique ; disons aussi que l'on donne souvent à digérer aux enfants des aliments autres que le lait, du pain, des farines, de la viande, que leur estomac ne peut digérer. N'oublions pas, non plus, l'influence souvent néfaste du froid et de la dentition, ce grand facteur des troubles digestifs, et nous verrons que nombreuses sont les conditions dans lesquelles la gastro-entérite peut se manifester et donner parfois naissance au prolapsus rectal.

Nous en dirons autant pour la dysenterie ; ici, les lésions siègent surtout du côté du rectum et du côté de l'anus ; donc, les meilleures conditions sont réalisées pour la production du prolapsus rectal.

Nous mentionnerons aussi l'entérite bacillaire. Indépendamment des lésions bacillaires, il y a comme dans la dysenterie, indépendamment des lésions dysentériques, des zônes d'inflammation catarrhale de tout point semblables à celles de la gastro-entérite.

Nous serions incomplets dans l'énumération des causes, si nous admettions qu'elles agissent séparément. Toutes ces causes, affections respiratoires, digestives, rachitisme, peuvent concourir à un même but. Ainsi, un sujet atteint de gastro-entérite, chez lequel la muqueuse du rectum, par suite des lésions étudiées plus haut, est lâche et mobile sur la musculeuse, peut, en jouant avec ses camarades atteints de coqueluche, être atteint de coqueluche à son tour. Il est évident, qu'alors les efforts de toux produits par la coqueluche s'uniront aux troubles digestifs pour faire sortir hors de l'anus la muqueuse enflammée.

VI

TRAITEMENT

Le traitement donc du prolapsus rectal consistera à combattre les causes énumérées plus haut, en un mot, à faire de la thérapeutique pathogénique.

Les conditions anatomiques et physiologiques normales seront peu ou pas modifiées : la rectitude du sacrum, le volume disproportionné du rectum dont nous avons parlé plus haut, ne seront modifiés que par l'âge ; nous ne pourrons pas grand'chose contre la faiblesse sphinctérienne que l'on rencontre habituellement chez l'enfant ; cependant, si cette atonie sphinctérienne est poussée trop loin, l'on devra agir. On a préconisé pour cela l'ergot de seigle ; on l'emploie en injections hypodermiques sous forme d'ergotine. On injecte un centimètre cube d'ergotine Yvon, tous les deux ou trois jours, dans le sphincter anal ; le sphincter recouvre sa contractilité et le prolapsus reste réduit. Le traitement varie de quelques jours à quelques semaines ; il est logique, mais les injections sont douloureuses.

Duchaussoy qui, comme nous l'avons dit, rattache dans la plupart des cas, le prolapsus du rectum à une

paralysie des sphincters, a combattu cette atonie par l'application de strychnine sur la peau dénudée dans le voisinage du pourtour de l'anus.

D'autres, comme Dolbeau, ont injecté au pourtour de l'anus quelques gouttes d'une solution de strychnine à 1/1000.

Pour combattre la laxité de la muqueuse sur la musculeuse, laxité indépendante de toute affection et qu'on rencontre, comme nous l'avons dit plus haut, dans le jeune âge, on donnera des bains de siège froids, des injections d'eau froide dans le rectum, on fera des lotions avec la décoction de tan, avec la décoction de noix de Galles ; on fera des injections d'extrait de ratanhia ou bien l'on appliquera la pommade astringente que l'on a appliquée à un de nos sujets.

Extrait de ratanhia. .	*aa* 5 grammes
Tannin.	
Vaseline	50 grammes

La cause du prolapsus étant bien déterminée, il sera indiqué d'enrayer cette affection par le traitement de cette cause : *Sublata causa, tollitur effectus.*

Les affections respiratoires qui, chez l'enfant, provoquent le plus souvent l'apparition du prolapsus, sont l'adénopathie trachéo-bronchique et la coqueluche.

Contre l'adénopathie trachéo-bronchique, nous donnerons de l'iodure de sodium à la dose de 25 centigrammes par jour : ce sera un moyen de combattre

la scrofule, cause de l'adénopathie. Nous ferons des badigeonnages à la teinture d'iode, ou bien nous mettrons des pointes de feu dans les gouttières interscapulaires ; en hiver, nous donnerons de l'huile de foie de morue.

Si nous avons affaire à un coquelucheux, nous commencerons par isoler le malade ; nous le ferons sortir tous les jours en plein air, nous l'alimenterons d'une façon tonique ; nous administrerons d'abord un vomitif : une cuillerée à café, toutes les cinq minutes, de sirop d'ipéca jusqu'à effet produit ; nous donnerons de l'eau tiède pour faciliter les vomissements ; nous renouvellerons le vomitif tous les huit jours. Nous prescrirons, pour calmer la toux, la potion suivante :

Bromure de potassium . .	2 grammes.
Sirop de belladone. . . .	20 cent. cubes.
Eau de tilleul, q. s. pour . .	120 grammes.

deux cuillerées à café par jour.

A la période de déclin, nous enverrons le petit sujet dans un autre pays, où le climat est différent.

Maintenant, si, dans l'adénopathie trachéo-bronchique ou dans la coqueluche, la toux est par trop intense et par trop fréquente ; si elle est capable, par un effet mécanique, de produire des désordres trop considérables, nous donnerons la potion calmante suivante à la dose de deux à quatre cuillerées à café par jour :

Bromoforme.	1,50
Huiles d'amandes	20
Gomme arabique pulvérisée	15
Sirop d'écorce d'oranges amères, q. s. sous.	120

La toux une fois apaisée, il n'y aura plus à certains moments cette pression dont nous avons parlé plus haut, capable de pousser les organes abdominaux hors de leur place normale.

Nous devrons aussi faire tous nos efforts pour combattre le rachitisme, qui, à un moment donné, peut être, lui aussi, la cause de prolapsus rectaux. L'allaitement artificiel et le sevrage brutal et prématuré, engendrent, la plupart du temps, le rachitisme. On remplacera donc l'allaitement artificiel par l'allaitement naturel. Si ce n'est guère possible, on réalisera pour l'allaitement artificiel, les meilleures conditions : on ne donnera que du lait stérilisé contenu dans des récipients dont l'intérieur sera stérilisé à son tour ; chacun de ces récipients ne contiendra qu'une tétée. Quant au sevrage, il ne devra jamais être prématuré. On ne sèvrera qu'au bout de quinze, dix-huit mois ; il ne devra pas être brusque. Petit à petit on diminuera le nombre des tétées et l'on augmentera l'alimentation chargée de remplacer le lait. Mais, de même qu'on ne doit pas donner trop de lait, de même qu'on doit régler le nombre des tétées, de même on évitera la suralimentation. Pourtant, l'alimentation devra être tonique.

Le grand air, les chambres bien aérées, les vêtements de flanelle seront recommandés.

A côté de cette hygiène quelle va être notre médication? Ce ne sera qu'une médication tonique. L'huile de foie de morue sera abondamment préconisée ; il faut toutefois qu'elle soit bien supportée ; le lactophosphate, le chlorhydrophosphate, les phosphoglycérates de chaux seront donnés à la dose de deux à quatre cuillerées à café par jour. On associera ces médicaments. On donnera du phosphore à la dose de 0,01 par trois jours dans de l'huile de foie de morue. Les préparations ferrugineuses conviendront aux rachitiques anémiques ; aux autres, conviendront les préparations iodées. Enfin, l'on traitera souvent la gastro-entérite, si fréquente chez les rachitiques, qui, si elle n'est pas la cause du rachitisme, l'entretient en grande partie.

Après le traitement du rachitisme, nous devons nous occuper du traitement des troubles digestifs, pouvant engendrer les prolapsus rectaux.

Voyons tout d'abord la constipation. Si la constipation provient de l'emploi du lait de vache trop concentré, on le coupera avec de l'eau lactosée. Si la constipation tient à une prédisposition congénitale, nous donnerons des lavements : lavements simples avec de l'eau bouillie tiède ou bien lavements avec :

0,30 de chlorure de sodium pour 100 gr. d'eau.
30 gr. de glycérine pour 200 gr. d'eau.
30 gr. d'huile pour — —

Nous donnerons des suppositoires à la glycérine, au beurre de cacao. Si cela ne suffit pas, on fera pendant cinq à dix minutes un peu de massage abdominal, et, quand tout cet ensemble de moyens aura échoué, on emploiera quelques laxatifs : une cuillerée à café de magnésie calcinée, de sirop de fleurs de pêcher. Le meilleur purgatif sera l'huile de ricin à la dose de 10 à 15 grammes. Si on ne peut, grâce à ces moyens, obtenir une selle régulière, on extrait avec le doigt ou une petite cuillère les matières fécales ; l'on donne un lavement électrique. Après avoir rempli le rectum d'eau salée, on introduit jusqu'à l'S iliaque une sonde munie d'un mandrin métallique ; le mandrin est mis en communication avec le pôle positif ; le pôle négatif est représenté par une large plaque imbibée d'eau et appliquée sur le ventre ; le courant est de 15 milliampères et la séance ne dure pas plus de 10 minutes.

Quand il s'agira de la constipation de la moyenne et de la grande enfance, nous conseillerons un régime un peu moins animal et un peu plus végétarien ; nous prescrirons les exercices physiques, s'il n'y a pas contre-indication par lésion d'organe, nous ferons modérer le travail intellectuel, nous assurerons la régularité des selles. Si ces moyens sont insuffisants nous aurons recours aux lavements, suppositoires, au massage, à l'électricité, comme nous l'avons dit plus haut. En dernier lieu nous emploierons les laxatifs comme la magnésie ; quant aux purgatifs, nous nous adresserons aux purgatifs végétaux comme le séné et l'huile de ricin et non aux purga-

tifs salins, qui semblent augmenter la constipation après la débâcle produite.

Il ne faudra pas non plus négliger le traitement de la gastro-entérite.

Si l'état général est grave, si les selles sont vertes, fétides, s'il y a amaigrissement, tendance au collapsus, l'on prescrira la diète hydrique, jusqu'à disparition au moins partielle de ces symptômes. Si l'infection est plus légère, c'est le régime lacté qu'on prescrira, à la condition de ne donner que du lait de nourrice, et de régler les tétées toutes les deux heures. Après chaque tétée, on donnera une cuillerée à café d'eau seconde de chaux.

On fera de l'antisepsie intestinale par l'emploi de purgatifs ; le meilleur est le calomel :

0,05 à l'âge de trois mois ;
0,10 — douze mois ;
0,20 à partir de douze mois.

L'huile de ricin, à la dose de 10 grammes ;
La rhubarbe — de 0,05 par jour.

L'acide lactique, le sous-nitrate de bismuth, à la dose d'un gramme par jour.

S'il y a des vomissements, on emploie des lavements purgatifs :

Feuilles de séné. . 2 grammes ;
Miel de mercuriale 25 —

On donnera matin et soir un bain tiède de cinq à dix minutes.

S'il y a de la douleur, on maintiendra constamment sur le ventre un cataplasme de farine de graine de lin.

De même, l'on administrera tous les jours un lavement simple d'eau tiède, ou un lavement de décoction de graine de lin.

L'on recherchera les climats frais, l'altitude, si l'on se trouve en été.

Si l'enfant n'est plus au sein, on règlera les repas d'une manière absolument sévère. Si cela ne suffit pas, on prescrira le régime lacté absolu, avec du lait de bonne qualité. Les autres indications sont les mêmes que celles formulées plus haut. Il se pourrait pourtant que le régime lacté ne fût pas supporté ; on le remplacerait alors par la purée de viande crue.

Qu'il s'agisse maintenant de constipation ou de diarrhée, il ne faut pas laisser les enfants pendant trop longtemps accroupis sur le vase. C'est une habitude invétérée et vicieuse qu'on doit bannir des familles. Sous prétexte que le jeune sujet va à la selle très difficilement, ou bien y va trop fréquemment, on le laisse accroupi sur le vase sans plus se préoccuper de lui, ignorant que cette position vicieuse et prolongée peut créer le prolapsus rectal. Bien plus, si à chaque selle l'intestin est repoussé hors de l'anus, on devra, pour faire accomplir cet acte, mettre le sujet dans le décubitus latéral.

Le traitement des causes du prolapsus rectal ne pourra être efficace que si l'on a affaire à des prolapsus réductibles ; si l'on se trouve en présence d'un prolapsus muqueux irréductible ou d'un prolapsus

complet, encore irréductible, dans lequel il pourra y avoir une hernie de l'intestin, par exemple, il est bien évident que le traitement médical sera inefficace si on ne le fait précéder par des tentatives de réduction, le traitement médical permettant de maintenir cette réduction constante.

Le traitement des causes du prolapsus rectal réductible amènera la guérison de ce prolapsus rectal. Le traitement des affections respiratoires supprimera les efforts de toux ; le traitement du rachitisme diminuera le volume anormal de l'abdomen du rachitique ; le traitement des affections digestives supprimera l'effort qu'exige la constipation et modifiera les lésions de la muqueuse produites par la gastro-entérite.

Ainsi, notre thérapeutique sera une thérapeutique pathogénique. Or, la meilleure des thérapeutiques est la thérapeutique pathogénique. Il faut au moins qu'elle soit possible. *Sublata causa, tollitur effectus.*

Il y a un fait sur lequel on n'a pas assez insisté et qu'il faut ne pas oublier dans le courant de ce travail. Le traitement des causes du prolapsus fait disparaître, avons-nous dit, le prolapsus. A mesure que ce prolapsus disparaît, on voit l'état général s'améliorer et l'on peut, ainsi que nous l'avons fait chez un de nos sujets, montrer les rapports qui existent entre l'état général et l'évolution du prolapsus. Le prolapsus a-t-il disparu, l'état général est amélioré et l'augmentation de poids survient, c'est ce que nous avons vu chez une de nos malades : la chute du rectum se

manifeste-t-elle, en même temps apparaît le mauvais état général et la perte de poids, de telle sorte qu'on a des alternatives assez curieuses de pertes ou d'augmentation de poids du sujet correspondant à des chutes du rectum ou à la disparition de ces chutes.

CONCLUSIONS

I. — Le prolapsus du rectum, chez l'enfant, est généralement muqueux, partiel et réductible. L'irréductibilité est l'exception.

II. — Certaines conditions anatomiques et physiologiques, particulières au jeune âge, favorisent la production de cette affection : laxité de la muqueuse sur la musculeuse, rectitude du sacrum, gros volume relatif du rectum.

III. — Certaines affections peuvent provoquer le prolapsus rectal : affections respiratoires, rachitisme, troubles digestifs. Ces causes peuvent agir chacune pour son propre compte ou s'unir pour concourir au même but.

IV. — Le traitement des affections qui engendrent le prolapsus chez l'enfant amènera la guérison de ces prolapsus et l'amélioration de l'état général.

V. — Si le prolapsus est irréductible, il faudra, évidemment, avant de traiter les causes de cette affection, réduire la tumeur.

OBSERVATIONS

Observation Première

Justine Roux, 3 ans, entre à la clinique des maladies des enfants, salle des enfants de 2 à 4 ans, lit n° 13, le 18 septembre 1900.

Antécédents personnels. — Venue à terme, allaitée artificiellement dès sa naissance ; mangeait à 9 mois des haricots, des pommes de terre, du chocolat. Donc, allaitement artificiel et sevrage prématuré. A l'âge de 22 mois, elle eut une broncho-pneumonie.

Antécédents héréditaires. - Peu nets. Père décédé on ne sait pas de quoi ; mère morte de bacillose, il y a 2 ans.

La maladie actuelle remonte à l'âge de 16 mois ; la muqueuse rectale sortait presque à chaque défécation. Après la broncho-pneumonie notre petite malade subit une opération pour chute du rectum, dans le service de chirurgie infantile. Elle sort de ce service au mois de juin 1900.

La guérison n'a été qu'apparente. L'enfant ayant de l'adénopathie trachéo-bronchique qui avait succédé à sa broncho-pneumonie, toussait ; de plus elle avait de la gastro-entérite chronique. Sous l'influence de ces deux causes, et malgré l'opération subie quelques mois auparavant, le rectum fit de nouveau issue à l'anus. Alors on l'envoya de l'Hôpital-Général à l'hôpital Suburbain, le 28 septembre 1900.

Le 30 septembre, on l'examine ; elle a une toux coqueluchoïde ; à l'expiration on trouve un souffle dans le tiers supérieur des gouttières costo-vertébrales, c'est un souffle d'adénopathie bronchique. Le cœur est forcé, il y a un souffle à la tricuspide, souffle au premier temps. On lui donne de la teinture de digitale à la dose de 2 gouttes dans un bol de lait matin et soir.

Sirop de raifort iodé, 30 grammes.

On traite la diarrhée, qu'elle a en même temps que la lésion pulmonaire. On la met au régime lacté absolu, lait toutes les trois heures.

Sous-nitrate de bismuth, 0,60 centig.

3 octobre. — Chute du rectum, toux, diarrhée, régime lacté absolu, application de la pommade astringente suivante :

Tannin.	*aa* 5 grammes.
Extrait de ratanhia . .	
Vaseline	30 grammes.

6. — La muqueuse rectale n'est pas sortie depuis le 3 octobre dernier, la diarrhée est moins intense.

13. — Muqueuse rectale prolabée, diarrhée, toux persistante

Teinture d'iode aux sommets en arrière.

Sous-nitrate de bismuth, 0, 80 centigr.

Toujours régime lacté.

20. — Plus de diarrhée depuis trois jours ; toux a diminué de fréquence ; une seule chute de la muqueuse rectale, le 16 octobre. Augmentation du poids de l'enfant.

28. — Rectum est sorti, diarrhée. La sœur du service avait permis à l'enfant de manger. On revient au régime lacté. On emploie la pommade à l'extrait de ratanhia ; suppression du sirop de raifort iodé.

30. — Muqueuse rectale n'est pas ressortie depuis le 28 octobre. Une seule selle moulée, demi-molle quotidiennement.

3 novembre, — Toux a disparu, prolapsus s'est reproduit, une seule selle mais diarrhéique.

On reprend , sous-nitrate de bismuth, 0,80 cent.

10. — La petite malade a toujours la diarrhée, de temps à autre ; le prolapsus rectal se reproduit. On lui a donné en plus des prescriptions précédentes du sirop de lactophosphate de chaux à 5 0/0 à la dose de 40 grammes, du sirop de quinquina à la dose de 40 grammes.

20 novembre. — Prolapsus rectal ne s'est pas reproduit depuis le 12 novembre, pas de diarrhée, pas de toux.

1er décembre. — Prolapsus s'est reproduit la veille. L'enfant avait exécuté des efforts pour aller à la selle à cause de la constipation.

Suppression du sous-nitrate de bismuth.

11. — Reproduction du prolapsus rectal.

22. — Diarrhée, pas de prolapsus.

24. — Diarrhée enrayée.

26. — Pas de prolapsus.

1er janvier. — Eruption rubéolique. La malade est envoyée à l'isolement.

26. — Pendant l'isolement, pas de prolapsus malgré l'alimentation qui était de tout point semblable à celle de ses camarades.

29. — Retour dans le service.

2 février. — Pas de reproduction du prolapsus, on alimente, on tonifie la malade. Soupes au lait, chocolat cuit le matin. Eau de lactophosphate de chaux, sirop de quinquina.

Sirop de raifort iodé.

30 mars. — La malade sort de l'hôpital, le prolapsus ne s'est plus reproduit depuis le 15 décembre dernier.

6 juillet. — Il nous est permis de revoir notre malade à l'hôpital Général, où elle est hospitalisée comme orpheline. Le prolapsus ne s'est plus reproduit.

On peut donc la considérer comme guérie.

A chaque chute du rectum il est à noter que l'enfant perdait de son poids. Le 16 octobre, l'enfant perd 50 grammes ; le 3 novembre, l'enfant perd 67 grammes ; le 1er décembre, 27 grammes ; le 11 décembre, 10 grammes. Dans l'intervalle, lorsque le prolapsus ne sort pas, l'enfant regagne facilement ce qu'elle a perdu.

Observation II

Marie Costaramone, âgée de 4 ans, entre à l'hôpital Suburbain au service des contagieux, atteinte de la rougeole.

Antécédents personnels. — Etat général bon, évolution des dents normale. Rien au poumon, rien au cœur.

Antécédents héréditaires. — Père atteint de bronchite chronique, mère bien portante ; un frère a été opéré pour tuberculose du pied. Il est mort de méningite tuberculeuse.

Après guérison de sa rougeole l'enfant est hospitalisée dans le service de M. le professeur Baumel, le 22 avril 1901, pour prolapsus du rectum et incontinence d'urine.

D'après les renseignements donnés par la famille, il y a un an environ que le prolapsus se serait déclaré pour la première fois. A cette époque l'enfant avait la diarrhée et la muqueuse intestinale sortait hors de l'anus une fois sur deux défécations. Le mal serait allé en s'aggravant jusqu'à l'entrée de l'enfant dans le service. A ce moment on donne du bismuth, du phosphate de chaux et l'on applique à l'anus après chaque selle, la pommade astringente suivante :

Extrait de ratanhia . .	*aa* 5 grammes.
Tannin.	
Vaseline	50 grammes.

La diarrhée a été enrayée par la médication employée et dès lors on n'a plus eu à noter la chute du rectum.

L'enfant est aussi atteinte d'incontinence d'urine. Cette incontinence diminue par l'administration d'une pilule de Trousseau et la modération dans la quantité de boissons ingérées. En effet, tandis qu'auparavant on notait l'incontinence d'urine toutes les nuits, les émissions nocturnes sont de plus en plus espacées.

Observation III

Cécile Riche, âgée de 2 ans. Rien de spécial au point de vue de ses antécédents personnels et héréditaires. Entrée à l'hôpital Suburbain, au service des contagieux. Atteinte de rougeole le 10 mars 1900. Après guérison, elle est hospitalisée dans le service de M. le professeur Baumel, pour prolapsus rectal, le 4 avril 1901.

La mère raconte que le 1er mars 1901, elle vit pour la première fois se manifester le prolapsus. A cette époque, l'enfant avait une diarrhée rebelle ; le prolapsus se manifestait une fois sur trois défécations. Bientôt la chute du rectum avait lieu à chaque défécation. Bien plus encore, elle eut lieu sans que l'enfant eût besoin d'aller à la selle ; la tumeur qu'on remarquait hors de l'anus avait trois à quatre centimètres de long. Cette tumeur, qui n'était autre que

la muqueuse rectale, était rouge, congestionnée et saignait abondamment. La mère dit ne laisser que peu de temps son enfant sur le vase.

A son entrée dans le service, la petite malade présente des phénomènes de prolapsus trois à quatre fois par jour.

On institue un traitement. On met le petit sujet au régime lacté absolu ; on donne du sous-nitrate de bismuth à la même dose que pour les autres malades, et on applique comme plus haut, la même pommade astringente.

Au bout de 3 à 4 jours, le 9 avril, l'enfant va beaucoup mieux, et le prolapsus ne se manifeste plus qu'une fois par jour. L'on continue le traitement, et la malade voit son prolapsus disparaître en même temps que la diarrhée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

COMBY. — Maladies des enfants.

DUCHAUSSOY. — De la cure immédiate et du traitement de la chute du rectum. *Arch. gén. de méd.*, 1853. Nouveau moyen de combattre la chute du rectum chez les enfants. *Bulletin génér. de thérap.*, 1853.

GUERSANT. — Chute du rectum ; traitement par la strychnine. *Gazette des hôpitaux*, 1863.

TROUSSEAU. — Emploi du ratanhia dans la chute du rectum. *Bulletin de thérapeutique*, 1852.

PACTET. — Chute du rectum. Thèse de Paris, 1857.

ARTAUD. — Les prolapsus du rectum chez l'enfant. Thèse de Montpellier, 1899.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 17 Juillet 1901.
Le Recteur,
BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 17 Juillet 1901.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !